

La presente es para adjuntar a la propuesta N° _____ o a la póliza N° _____

Datos del solicitante:

Nombres y apellidos completos:.....
Lugar y fecha de nacimiento:.....
Tipo y N° de doc.:.....
Domicilio:..... Cod. Postal:..... Localidad:.....
Profesión u ocupación principal:..... ¿desde cuándo?.....
Profesión u ocupación secundaria:.....
Realiza deportes:..... Cuáles?..... ¿desde cuándo?.....
Perdió peso en el último año?.....
Fuma?:..... Cantidad:..... Bebe?:..... Cantidad:.....
Estatura:..... mts..... Peso:..... kg.....
¿Ha sufrido de?:
Fiebres en intervalos o persistente:.....
Sudoraciones nocturnas persistentes:.....
Pérdida de peso inexplicable:.....
Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentados de tamaño:.....
Repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica:.....
Tos persistente u otras enfermedades graves de las vías respiratorias:.....
Enfermedades dermatológicas:.....
Hepatitis B o enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, alteraciones o secreciones genitales:.....
¿Ha recibido alguna vez transfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos cinco años?.....
Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre, por qué?.....
Autoriza a la entidad a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le han asistido?.....
¿Hubo en su familia (padres, hermanos, hijos) casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes, infarto o tuberculosis?(indicar parentesco).....

¿Ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago | <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar | <input type="checkbox"/> Mareos intensos o frecuentes | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores articulares | <input type="checkbox"/> Ronquera persistente | <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados o hinchados |
| <input type="checkbox"/> Cólicos intestinales | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de oído frecuentes o agudos | <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas |
| <input type="checkbox"/> Chancros | <input type="checkbox"/> Opresión o palpitaciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Tos o expectoración abundante | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Depositiones con sangre | <input type="checkbox"/> Eczemas | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales | |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Expectorcación con sangre | <input type="checkbox"/> Trastornos visuales | |
| <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes | <input type="checkbox"/> Fatiga respiratoria | <input type="checkbox"/> Varices | |

Padece o ha padecido alguna de las enfermedades abajo detalladas ?

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enf. del riñón o de la vejiga | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> (cólicos, cálculos) | <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Enf. del hígado o vesícula biliar (cólicos, cálculos) |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Brucelosis | <input type="checkbox"/> Enf. del estómago o intestinos | <input type="checkbox"/> Pleuresía | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> (dispepsia, úlcera, disentería) | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Enf. de los ojos, garganta, nariz u oídos | <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Otra/s:..... | Fecha:..... | Tratamiento:..... | |

¿Le practicaron algún análisis de orina, sangre, de esputos o de líquido céfalo-raquídeo?..... ¿Cuándo, por qué causas y cuál fue el resultado?.....
¿Le fue tomada la presión sanguínea?..... ¿Cuándo, por qué causas y cuál fue el resultado?.....
¿Le han realizado radiografías, radioscopias, endoscopias, o electrocardiogramas u otras investigaciones?..... ¿Cuándo y por qué?.....
¿Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios o tratamientos?..... ¿Por qué causas?.....
..... ¿Desde cuándo?.....
¿Aumentó o disminuyó de peso en el último año?..... ¿En cuánto y por qué?.....
¿Ha sufrido algún accidente, herida o intervención quirúrgica?..... ¿En qué consistió? (Fecha, consecuencia y médico que lo asistió?.....
.....
¿Estuvo internado en algún hospital, sanatorio o estación climática?..... ¿Fecha, dónde y por qué?.....
.....
¿Adolece de algún defecto físico? (Cojera, amputaciones, etc.).....
Actualmente se considera sano?.....
Nombre y dirección de su médico de cabecera:.....
¿Cuándo y por cuánto tiempo ha estado consultando a su médico?.....
¿Ha consultado en los últimos cinco años a otro médico? (Indicar nombre y dirección)..... motivo:.....
¿Ha leído las contestaciones consignadas en este formulario, dadas por usted al representante de la entidad y las considera completas?.....
.....
¿Releva del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro?.....
.....

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es:.....

Firma del Solicitante

Aclaración